تشخيص الاكتئاب

مقدمة :

يعتمد تشخيص اضطرابات المزاج علي شدة الاضطراب، وطول مدته، وأعراضه المصاحبة، والدرجة التي يؤثر بها في أداء الفرد لوظائفه الاجتماعية والمهنية). وتتحدد المجموعة التشخيصية لاضطرابات المزاج في فئتين رئيسيتين، وهما : الاضطرابات الاكتئابية ،والاضطرابات ثنائية القطب). وتحتوي كل فئة علي تشخيصات للاضطرابات الشديدة (الاضطراب الاكتئابي الأساسي، مع نوبة أحادية **Major Depressive Disorder, Single Episode** ؛ الاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات ، مع نوبة هوس أحادية **Bipolar I Disorder, Single Manic Episode** ؛ الخ)؛ والاضطرابات الأقل شدة ، والأكثر إزمانا (إضطراب المزاج المكتئب المزمن **Dysthymic Disorder** ، والاضطراب الدوري أو النوابي **Cyclothymic Disorder** ؛ الخ)؛ والاضطرابات غير النوعية (الاضطراب الاكتئابي غير المحدد النوعية، والاضطراب ثنائي القطب غير المحدد النوعية، واضطراب المزاج غير المحدد النوعية)). وقد يعاني المرضي من أكثر من اضطراب مزاجي في نفس الوقت). فعلي سبيل المثال، قد يضاف "الاضطراب الاكتئابي الأساسي، مع نوبة أحادية" علي "اضطراب المزاج المكتئب المزمن"). ويتأتي تمييز التشخيصات الواجب وضعها داخل فئة من فئات اضطرابات المزاج إستنادا إلي الأعراض الراهنة لدي المريض، والعوامل السببية (الإتيولوچية) للإضطراب، والتاريخ السابق للاضطرابات النفسية لدي المريض (1)).

وعادة ما يتمثل القرار التشخيصي الأكثر أهمية في مجموعات اضطرابات المزاج في تحديد ما إذا كان المريض يستوفي المحكات اللازمة لتشخيص واحد أو أكثر من الزملات الرئيسة الأربعة، وهي : النوبة الاكتئابية الأساسية **Major Depressive Episode** ، أو نوبة الهوس **Manic Episode** ، أو نوبة الهوس الخفيف **Hypomanic Episode** ، أو النوبة المختلطة **Mixed Episode**

تجهيز المعلومات الكلينيكية اللازمة للتشخيص :

يتطلب التشخيص الدقيق لاضطرابات المزاج توفير المعلومات الكلينيكية الضرورية التالية : (3)

* تاريخ الفرد من حيث حياته المهنية وما واجهه من صعوبات أو إخفاقات مالية أو اقتصادية.

* تاريخ الفرد من حيث حياته الجنسية وما قد يوجد فيها من طيش أو عبث أو انحراف).

* تاريخ الفرد من حيث وجود حالات سابقة لديه من الاكتئاب، أو الهوس الخفيف، أو الهوس.

* تاريخ الفرد من حيث التقلبات السريعة في المزاج).

* تاريخ الفرد من حيث سوء استخدام العقاقير أو المخدرات).

* تاريخ الفرد من حيث المرض الطبي).

* المزاج الحالي).

* مشاعر الذنب لدي المريض، أو نوعية تقديره لذاته، أو إحساسه بجدارته أو أهليته).

* الهلوسات أو الهذاءات الحالية).

* الأفكار أو المحاولات، الحالية أو السابقة، للإنتحار).

* التغير في مستوي الطاقة أو الجهد أو التعب لدي المريض).

* التغير في نمط النوم لدي المريض).

ويقدم الخبراء العاملون في إعداد "الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع" **DSM-IV** (1994) عددا من الأسئلة النوعية التي تؤلف ما يسمونه بطريقة "الخطوة بخطوة" **Step - by - step method** في تجهيز المعلومات الكلينيكية الضرورية لعمل التشخيص المناسب لاضطراب معين من اضطرابات المزاج، كما يلي (1) :

(1) هل مزاج المريض غير عادي ؟

ينبغي أن يتعرف المريض أو أي شخص آخر أن مزاج المريض غير عادي، وذلك لكي تبدأ العملية التشخيصية لاضطراب المزاج). ولما كان المزاج خبرة شخصية وذاتية، فغالبا ما يكون المريض هو الشخص الذي يطلب المساعدة، حيث يحكي لشخص ما بأنه يشعر بالاكتئاب أو الحزن أو الاهتياج أو العلو، أو غير ذلك من المشاعر المغايرة للمألوف). وغالبا ما تكون هذه الإشارة أو الإحالة إلي الذات **Self - referral** أكثر شيوعا بين المرضي بالاكتئاب منها بين حالات الهوس أو الهوس الخفيف).وربما يشك أشخاص آخرون أن المريض يعاني من اضطراب مزاجي إذا لاحظوا أنماطا سلوكية واسمة للاكتئاب أو الهوس مثل البكاء ، أو الانسحاب، أو الكلام الثقيل أو المشحون بالأعباء

والضغوط). وهنا تستند الخطوة الأولي في التشخيص علي تحديد الأعراض غير العادية لاضطراب المزاج الذي يخبره المريض في الوقت الحالي).

(2) هل أعراض المريض ناتجة عن العقاقير أو المخدرات أو عن مرض طبي غير نفسي ؟

في هذه الخطوة ، نحدد ما إذا كان المريض لديه في الوقت الحالي أية أمراض طبية غير نفسية أو مشكلات متعلقة بالعقاقير أو المخدرات). وإذا كان الأمر كذلك، نقرر أن العلاقة بين هذه المشكلات والأعراض النفسية لدي المريض ينبغي أن تكون الخطوة الأولي في العملية التشخيصية). ويلاحظ أن وجود أمراض طبية غير نفسية أو مشكلات متعلقة بالعقاقير والمخدرات في تلازم مع الأعراض النفسية، إنما لا يتضمن أن هذه الأمراض أو المشكلات هي التي تسببت في هذه الأعراض).

ويفترض وجود أعراض نفسية قبل بداية المرض الطبي أو استخدام العقاقير أو المخدرات ، أن لهذه الأعراض عوامل سببية مستقلة). وعلي هذا النحو كذلك، فإن استمرار وجود الأعراض النفسية بعد تلقي العلاج المناسب للمرض الطبي أو بعد التوقف عن استخدام أو تعاطي العقاقير أو المخدرات، إنما يعني أنه لا توجد علاقة بين كل من الأعراض النفسية والمرض الطبي أو استخدام العقاقير أو المخدرات). وهنا نلاحظ بصفة عامة، أن الأعراض التي تحدث لفترة أكثر من شهر بعد نوبة التسمم بمادة العقار أو المخدر أو الانسحاب عنه، لا يُنظر إليها علي أنها تعزي إلي العقار أو المخدر). ويمكن استبعاد تشخيصات "اضطراب المزاج الذي يعزي إلي حالة طبية عامة" أو "اضطراب المزاج الناتج عن العقاقير أو المخدرات"، عندما لا تتوفر دلائل عن أن الاضطراب الطبي غير النفسي أو العقاقير أو المخدرات هي التي تسببت في حدوث الأعراض لدي المريض). ويراعي هنا أن العوامل السببية العضوية الكامنة وراء الأعراض قد استبعدت من الأسئلة المتبقية التالية).

(3) هل لدي المريض أعراض للذهان (مثل الهذاءات، والهلوسات، وإقحام الأفكار، وإذاعة الأفكار) ؟

* إذا كان المريض لا توجد لديه في الوقت الحالي (أو ليس حديثا) أعراض للذهان، فإنه يمكن استبعاد التشخيصات التالية: الاضطراب الفصامي الوجداني، والفصام، والاضطراب الفصامي الشكل، والاضطراب الهذائي ، والاضطراب الذهاني غير المحدد النوعية).

* وإذا وُجدت لدي المريض أعراض ذهانية (أو توجد لديه حديثا)، ولكنها لم تحدث لفترة أسبوعين علي الأقل في حالة عدم وجود أعراض المزاج، فإنه يمكن إستبعاد "الاضطراب

الفصامي الوجداني").

* أما إذا وُجدت لدي المريض أعراض ذهانية تحدث فقط في حالة وجود أعراض المزاج، فإن التشخيص يكون إما حالة من "الاضطراب الاكتئابي الأساسي"، أو "اضطراب اكتئابي غير محدد النوعية"، أو "اضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات"، أو "اضطراب ثنائي القطب غير محدد النوعية ").

(4) هل تعرض المريض من قبل لنوبة من الهوس، أو من الهوس الخفيف، أو لنوبة مختلطة ؟

* إذا كان المريض ، في الوقت الحالي أو في الماضي، يستوفي محكات تشخيصه كنوبة هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة،فيمكن أن نستبعد عندئذ كل الاضطرابات الاكتئابية).

* وإذا لم توجد لدي المريض، في الوقت الحالي، نوبة هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة، فإنه تستبعد في هذه الحالة التشخيصات التالية: الاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، مع نوبة هوس أحادية **Bipolar I Disorder, Single Manic Episode** ؛ والاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، والنوبة الأكثر حداثة ونوبة هوس خفيف **Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Hypomanic** ؛ والاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، والنوبة الأكثر حداثة نوبة هوس **Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Manic** ؛ والاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، والنوبة الأكثر حداثة نوبة مختلطة **Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Mixed**

* أما إذا كان المريض لم يخبر في الماضي نوبة هوس أو نوبة مختلطة، فإنه تستبعد في هذه الحالة التشخيصات التالية: الاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، النوبة الأكثر حداثة نوبة اكتئابية**Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Depressed** ؛ والاضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، النوبة الأكثر حداثة غير محددة النوعية **Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Unspecified**

(5) هل المزاج الراهن لدي المريض مزاج مكتئب ؟

* إذا كان المريض يستوفي محكات "النوبة الاكتئابية الأساسية"، ولا توجد لديه نوبات هوس سابقة، فإن التشخيص في هذه الحالة هو : الاضطراب الاكتئابي الأساسي).

* وإذا كان المريض يستوفي محكات "النوبة الاكتئابية الأساسية"، ويوجد لديه في الماضي اضطراب هوس أو هوس خفيف، فإنه في هذه الحالة يمكن استبعاد كل تشخيصات

الاكتئاب).

* أما إذا كان المريض يستوفي محكات الاضطراب الاكتئابي الأساسي، كما يستوفي محكات "اضطراب المزاج المكتئب المزمن"، فإنه في هذه الحالة يمكن أن يوضع له كلا التشخيصين إذا لم يتعرض لنوبة إكتئابية أساسية خلال العامين الأولين للإضطراب المكتئب المزمن). ويعني ذلك أن "الاضطراب الاكتئابي الأساسي" قد يضاف علي "الاضطراب المكتئب المزمن" إذا كان التشخيص الأخير قد تم إقراره بشكل مستقل).

القياس والتشخيص :

يتحدد الأسلوب الأمثل المستخدم في تشخيص اضطرابات المزاج في المقابلة الكلينيكية التي يجريها طبيب نفسي أو اختصاصي نفسي مدرب، مستخدما المحكات التشخيصية المقررة لتشخيص حالات اضطرابات المزاج). وبجانب ذلك، وتوفيرا لضمانات الدقة في التشخيص، ينبغي أن يستعين هؤلاء الاختصاصيون الكلينيكيون بأدوات متقنة للقياس والتشخيص ثبت جدواها من خلال نتائج الدراسات والبحوث المختلفة (1)).

ويستخدم القياس لحالات الاكتئاب لتحقيق أهداف ثلاث، وهي (1) :

(1) تستخدم أدوات القياس للأعراض التشخيصية، حيث يتم فحص ودراسة المتغيرات المختلفة لتحديد ما إذا كان الشخص يمكن تشخيصه علي أنه مكتئب). ويذهب البعض إلي أن هذا الهدف غير محقق علي النحو الذي ينبغي أن يكون عليه، وقليلا ما يعول عليه الاختصاصيون النفسيون الكلينيكيون إعتبارا لعدم وجود أدوات مناسبة ومقننة بدقة لتحقيق هذا الهدف، خاصة وأن معظم الأدوات والإجراءات السيكومترية قد صممت بالأحري لقياس شدة الاكتئاب).

(2) توفير مقاييس يمكن علي أساسها الحصول علي تقديرات، وابتداءً من تقديرات الخط القاعدي، للتغيرات الناتجة عن العلاج، مثل العلاجات الطبية أو العلاجات المعرفية - السلوكية؛ أي لتعرف فاعلية الأساليب العلاجية وتقدير جدواها).

(3) أما الهدف الثالث ، فيتمثل في تحديد مدي ملاءمة المريض لكي يخضع لبرامج العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب). ولكن يبدو أن الأساليب السيكومترية في هذا الشأن لم تحقق هذا الهدف بشكل مُرْض).

وتستخدم إجراءات سيكومترية أخري كثيرة لقياس الاكتئاب، ولكن قلة منها قد قننت بشكل ملائم؛ ومن أكثر هذه الإجراءات أهمية طرق تسجيل بيانات تقدير العلاج المعرفي، مثل : استخبار الأفكار الآلية **Automatic Thoughts Questionnaire**، ومقياس الاتجاه

مختل الوظيفة **Dysfunctional Attitude Scale**، واختبار الأسلوب المعرفي **Cognitive Style Test** ؛ كما يوصي "بيك" باستخدام طريقة لتسجيل الأفكار السالبة الفريدة بالنسبة للمريض فيما يعرف بمقياس الأفكار الانتحارية **Scale of Suicidal Ideation** ولكن الطرق المتبعة في تقدير ثبات مثل هذه الأدوات ، بسبب ما تتصف به الأفكار السالبة من طبيعة متغيرة بسرعة ومتباينة بدرجة كبيرة، قد لا تكون مناسبة لهذه الإجراءات).

ومما تجدر ملاحظته أنه، لما كانت مقاييس الاكتئاب عبارة عن أدوات سيكومترية، فإن الدرجات العددية التي تمثل أداء المريض ليست لها دلالة سابقة). ولكن، لكي تكون هذه الدرجات ذات معني، فإنه ينبغي مقارنتها ببيانات معيارية موجودة، تكون مشتقة في معظم الحالات من مرضي آخرين، ويتوقف معني درجة الاكتئاب علي الغرض الذي بني المقياس من أجله، وعلي ملاءمة معاييره). ذلك أن الدرجات المستمدة من المقاييس المختلفة قد تكون لها بناء علي ذلك معان مختلفة). فعلي سبيل المثال ، توضح بعض المقاييس ، مثل "قائمة بيك للإكتئاب" **Beck Depression Inventory** ، درجة شدة الحالة الاكتئابية التي تم تعرفها بواسطة أساليب أخري (2) ؛ وتقدم مقاييس أخري ، مثل " قائمة ويكفيلد للتقدير الذاتي للإكتئاب (1) " **Wakefield Self - assessment Depression Inventory**، درجة قاطعة، بحيث تعتبر الدرجة التي يحصل المريض عليها فوقها دليلا علي أنه مكتئب من الناحية الكلينيكية؛ بينما توجد مقاييس أخري، مثل مقياس وسمان - ركس **Wessman - Ricks Scale** ، تركز فقط علي المزاج أكثر مما تركز علي الاضطراب الاكتئابي الكلينيكي (2)).

وهكذا ، لما كانت معظم مقاييس الاكتئاب تقدم درجة كلية، توضح عادة درجة شدة الاكتئاب، فإنها تزودنا في حالات كثيرة بمنظور مائل **Oblique** للحالة الفردية لمريض معين). فقد تكون نفس الدرجة الكلية لشخصين علي المقياس محصلة أداءات مختلفة لكل منهما). ولهذا، فإن الاختصاصيين الكلينيكيين الذين يستخدمون مقاييس الاكتئاب، مطالبون بالتحقق المستمر من أن نفس الدرجة العددية علي المقياس قد تعكس معان كلينيكية مختلفة بشكل كبير، سواء بين الأفراد أو داخل الأفراد (3)).

ولهذا ، يتطلب استخدام أي مقياس للاكتئاب أن نتحقق من نوع المعلومات التي تعكس الدرجات المتحصلة من استجابات الفرد علي المقياس، ومن توفر شروط الصدق والثبات بالنسبة للأغراض المختلفة لاستخدام المقياس). ويعتمد إختيار المقياس، بجانب أشياء أخري، علي طبيعة المشكلة التي يبديها المريض، والغرض الذي ينشده الاختصاصي من القياس والتقدير، ونوع المعلومات التي يقدمها المقياس). ويوصي في ذلك، أن يقف

الاختصاصيون والباحثون علي القضايا النظرية المهمة في هذا الشأن، مثل أنماط الصدق والثبات المناسبة لمقاييس الاكتئاب (*)).

أدوات القياس والتقدير :

يذخر ميدان القياس والتقدير للاكتئاب بعديد من الأدوات التي يمكن تصنيفها علي النحو التالي:

(أ) مقاييس تقدير الملاحظين **Observer rating scales** :

تتضمن هذه الفئة مقاييس قد تعد لغرض خاص، مثل تقدير كمية الوقت التي يقضيها المريض في الفراش؛ كما تتضمن مقاييس تتناول طائفة من الأعراض أو المظاهر). وفيما يلي نسوق نموذجين لمقاييس تقدير الملاحظين للاكتئاب ، وهما :

* مقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب **Hamilton Rating Scale (HRS)**:

يعد هذا المقياس أكثر المقاييس استخداما بشكل واسع في تقدير الاكتئاب لدي المرضي وفقا لتقديرات الملاحظين أو المُقَدِّرين؛ وهو ليس أداة تشخيصية ولكنه أداة لتقدير شدة الاكتئاب). ويحتوي المقياس علي 21 بندا تتضمن أعراض المزاج، والذنب ، والميل إلي الانتحار ، والأرق، والعمل والاهتمامات، ومستوي النشاط، والقلق، والأعراض الجسمية، وتوهم المرض، والوزن، والاستبصار، وتغير النظام اليومي، وانخفاض تقدير الذات، وأعراض الشعور بالعظمة والأعراض الوسواسية). ويفضل أن يقوم إثنان من الإختصاصيين بعملية تقدير المريض بشكل مستقل في نفس المقابلة، وذلك تحقيقا لثبات الملاحظين أو المقدرين **Inter-rater (observer) reliability** وتتحدد درجة المريض بمجموع الدرجتين المتحصلتين من تقدير هذين الاختصاصيين). وتتوفر لهذا المقياس معاملات ارتباط عالية تزيد عن)..9). بين إثنين من الملاحظين قاما بملاحظة سبعين مريضا بالاكتئاب، كما توضح دراسة "هاميلتون" (196).) ودراسات أخري). وفيما يتعلق بشروط الصدق، فقد كشف بعض الدراسات عن وجود معاملات ارتباط عالية مع مقاييس الاكتئاب الأخري، مثل "قائمة بيك للإكتئاب" و "مقياس زونج للإكتئاب" والمقياس الفرعي للإكتئاب في "مقياس مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه" **MMPI-D** وغيرها من المقاييس (1)). ومن أبرز المزايا المتحققة لهذا المقياس، ما يتمتع به من الثبات والصدق المرتفعين، ومن قبوله واستخدامه علي المستوي الدولي).

* قائمة الأعراض الاكتئابية **Inventory of depressive symptomatology** :

وهي من إعداد "روش"). ويمكن استخدام هذه الأداة عن طريق الاختصاصي الكلينيكي

باعتبارها نتيجة للمقابلة الكلينيكية والملاحظات المتجمعة عن المريض، أو باعتبارها مقياسا للتقرير الذاتي يجيب عنه المريض). وتتكون "قائمة الأعراض الاكتئابية" من 28 بندا). ويتوفر لهذه الأداة معاملات عالية للاتساق الداخلي، ومعاملات ارتباط مع "قائمة بيك للإكتئاب" تتراوح بين)..61 و)..78 للاستخدامين الكلينيكي والتقريري الذاتي علي التوالي).

(ب) مقاييس التقرير الذاتي **Self - rating scales** :

يبرز في هذه الفئة ثلاث أدوات متميزة في قياس الاكتئاب، نعرض لها فيما يلي :

* مقاييس المماثلة البصرية **Visual analogue scales (VAS)** :

وهي طريقة للتقدير، تنتظم في خط مستقيم ، طوله 1).). مم عادة، له نهايتان طرفيتان، مكتوب علي أحدهما "مكتئب للغاية" وعلي الطرف الآخر "غير مكتئب علي الاطلاق"). ومن أبرز صور استخدام هذه الطريقة ، ما يقدمه "جرينجراس " لتقدير التغيرات الحادثة لدي المريض نتيجة للعلاج الطبي لعقاقير مضادات الاكتئاب (1)).وينتظم هذا المقياس في خط مستقيم طوله 1).).مم ، له نهايتان طرفيتان ("مشاعري سيئة إلي أقصي درجة يمكن تصورها"، "خال من الأعراض تماما")، ونقطة وسطي تحمل مسمي "مشاعري في الزيارة الأخيرة"). أما المسافات بين النهاية "السيئة" والوسط ، وبين نهاية الخلو من الأعراض والوسط، فقد تحددت بالتقدير " أسوأ " و "أحسن " علي التوالي). وتعد هذه المقاييس أدوات بسيطة وسريعة وسهلة الاستخدام، وتفيد في الأغراض التي توضع من أجلها، كما أنها حساسة للغاية ، وخاصة في تقدير حالات التذبذب قصيرة المدي في المزاج). وتتوفر لهذه الأداة معاملات ارتباط عالية مع درجات مقاييس الاكتئاب الأخري مثل قائمة بيك **BDI** ومقياس هاميلتون **HRS** للإكتئاب).

* قائمة بيك للإكتئاب **Beck depression inventory BDI** :

توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده "آرون بيك" ولقي شهرة كبيرة واستخداما واسعا في تقدير الاكتئاب، وهما (1) : الصورة الأصلية وتتكون من 21 بندا، نشرت في عام 1961، وخضعت لتعديلات متلاحقة؛ والصورة المختصرة، وتتكون من 13 بندا، وقدمها بيك وزوجته كطريقة سريعة لتعرف المرضي المكتئبين). وفي هاتين الصورتين تستخدم قائمة بيك خاصة لتقدير التغيرات لدي المرضي نتيجة للعلاج المعرفي).

فيما يتعلق بالصورة الأصلية أو المطولة ، فقد كان الغرض منها توفير تقدير كمي لشدة الاكتئاب؛ ولا تعتبر قائمة بيك للاكتئاب هكذا أداة تشخيصية). وتلك نقطة ينبغي التأكيد عليها لأن قائمة بيك للاكتئاب غالبا ما تستخدم في البحوث النفسية علي أنها هكذا أداة

تشخيصية، وأن الدرجة التي تعلو علي نقطة معينة تعني أن الشخص يعاني من اكتئاب كلينيكي). ويوضح بعض الباحثين أن هذا الافتراض نادرا ما يلقي ما يبرره (1)).

وتغطي بنود قائمة بيك للإكتئاب : المزاج، والتشاؤم، والإحساس بالفشل، ونقص الشعور بالرضا، والذنب، والإحساس بالعقاب، وكراهية الذات، واتهام الذات، ورغبات عقاب الذات، ونوبات البكاء، والاهتياج، والانسحاب الاجتماعي، والتردد أو عدم الحسم، وصورة الجسم، والكف في العمل، واضطراب النوم، والتعب، والشهية، والوزن، والانشغال بالشكاوي الجسمية، والطاقة الجنسية (الليبيدو)). وتتحدد الدرجة علي المقياس بمجموع الدرجات علي البنود). وتحدد الدرجة أربعة مستويات لشدة الاكتئاب : لا يوجد اكتئاب (أقل من عشر درجات)، واكتئاب بين خفيف إلي متوسط (من 1).-18 درجة)، واكتئاب بين متوسط إلي شديد (من 19-29 درجة)، واكتئاب شديد (من 3).-63 درجة)).

وقد توفرت لقائمة بيك للإكتئاب الشروط السيكومترية اللازمة وباستخدام أساليب متعددة للتحقق من الثبات (عن طريق الاتساق الداخلي، والتجزئة النصفية، وإعادة الاختبار) والصدق (عن طريق حساب معاملات الارتباط بين تقديرات الاختصاصيين الكلينيكيين ودرجات قائمة بيك، والتغير في درجات المفحوصين علي المقياس اتفاقا مع اتجاه التغير الكلينيكي نتيجة للعلاج، والارتباط بين درجات المفحوصين علي قائمة بيك ودرجاتهم علي مقاييس أخري للاكتئاب)). وقد أفاض "بيك" (1988) في توضيح الخصائص السيكومترية لمقياسه من خلال خضوع المقياس للتقويم لمدة خمسة وعشرين عاما).

وقد قام أحمد عبدالخالق (1996) بتعريب الصيغة المعدلة لقائمة بيك للاكتئاب (1993)، ووفر لها معايير عربية مستخلصة من أربع دول وهي : مصر والسعودية والكويت ولبنان). وثمة محاولات أخري قام بها بعض الباحثين العرب (مثل غريب عبدالفتاح في مصر والامارات، وبدر الأنصاري في الكويت) لتقنين قائمة بيك للإكتئاب).وبالمثل قام عبدالستار ابراهيم (1998) بإعداد ترجمة عربية مقننة للإستخدام الكلينيكي في المملكة العربية السعودية.

أما الصورة المختصرة لقائمة بيك للاكتئاب ، فتستغرق من المفحوص خمس دقائق، وتتوفر لها المعالم السيكومترية التي تؤكد صلاحيتها كأداة سريعة يمكن استخدامها كأداة مكافئة للصورة المطولة، حيث قورن بين الصورتين في دراسات أظهرت وجود معاملات ارتباط عالية بينهما.

* مقياس زونج للتقدير الذاتي للإكتئاب **Zung Self-rating Depression Scale SDS** : يتكون هذا المقياس، الذي أعده "زونج" عام 1965 (2) ، من عشرين بندا، وفقا لمقياس

تقدير من أربع نقاط وهي : "قليلا من الوقت"، و"بعض الوقت"، و"قدر كبير من الوقت"، و"معظم الوقت"، وتحسب درجاتها 1، 2، 3، 4، بحيث تشير الدرجات الأعلي إلي وجود اكتئاب أشد). وتنقسم البنود إلي عشر عبارات موجبة (مثال ذلك : "أشعر بالأمل في المستقبل") وعشر عبارات للأعراض الاكتئابية (مثال ذلك: "تنتابني نوبات بكاء أو أشعر برغبة في البكاء")). ويقدم "زونج" دلائل عن أن المقياس يميز بين المرضي المكتئبين والمرضي النفسيين في فئات أخري من الاضطرابات والأشخاص العاديين). وتبين دراسات الصدق لهذا المقياس أنه يرتبط بالمقاييس الأخري للإكتئاب مثل مقياس هاريس وقائمة بيك للاكتئاب).

(3) مقاييس التغير (الناتج عن العلاج) **Change scales** :

* مقياس مونتجومري - آسبرج **(1 Montgomery - Asberg Scale)**: من إعداد "مونتجومري وآسبرج" (1979)). لقد صمم هذا المقياس ليكون أداة حساسة لتأثيرات علاج الاكتئاب، وليس للاستخدام للأغراض التشخيصية). ويتألف من عشرة بنود تتضمن الحزن، والتوتر الداخلي، ونقص النوم والشهية للطعام، وصعوبات التركيز ، والتعب والكسل، وافتقاد القدرة علي الشعور، والأفكار التشاؤمية والانتحارية). ويتم تقدير الدرجات من خلال مقابلة شبه مبنية (شبه مقننة) **Semi - structured interview** ، وفقا لمقياس تقدير من ست نقاط). ويتصف المقياس بمعاملات عالية لثبات المقدرين (المصححين) **Inter - rater reliabilities** ؛ كما وجد أنه يميز بين الأشخاص المستجيبين وغير المستجيبين للعلاج بدرجة أفضل من مقياس هاريس للإكتئاب **HRS**

(4) مقاييس الهوس **Mania scale** :

* مقياس حالة الهوس **(1 Manic State Scale (MSS)**: من إعداد "بييجيل" (1971)). لقد أنشيء هذا المقياس لأجل قياس أعراض الهوس لدي المرضي المودعين بمؤسسات أو مستشفيات). ويتألف من 26 بندا تعتمد علي تقديرات الملاحظين؛ وتغطي البنود المزاج والمعرفة والكلام والاتجاهات والسلوك، مما يبدو ظاهرا بوضوح لدي المرضي). ويتم تقدير البنود علي مقياسين للتكرار (**F**) والشدة (**I**) ، وفقا لمقياس متدرج من خمس نقاط). وتتحدد الدرجة بحاصل ضرب درجات التكرار * الشدة بالنسبة لكل البنود). ويتصف المقياس بمعالم سيكومترية مناسبة، وبخاصة ما يتوفر له من معاملات عالية لثبات المقدرين (الملاحظين)، ومعاملات ارتباط مناسبةبين درجات المقدرين علي المقياس وتقديرات الأطباء النفسيين والممرضات لنفس الحالات). وقد قدم "بلاكبورن" (1977) (1) صورة معدلة للمقياس تتكون من 28 بندا).

(5) مقاييس أخري :

* المحكات التشخيصية للبحث : **Research Diagnostic Criteria (RDC)** :

من إعداد "فيينر وزملائه" (1972) وتعد من الأدرات القليلة التي صممت للكشف عن وجود الاكتئاب وفقا لنموذج طبي لتشخيص الاكتئاب). ويوصي أصحاب هذا المقياس بتبني محكات معيارية لاختيار المرضي لأجل البحث في المراكز المختلفة؛ ولذا يستخدم علي نطاق واسع لأغراض البحوث؛ وإن كان لا يزال يحتاج إلي مزيد من البحوث للتحقق من خواصه السيكومترية).

* اختبار الأسلوب المعرفي **Cognitive Style Test (CST)**:

من إعداد "بلاكبورن" (1986)). ويتضمن الاختبار أوصافا لثلاثين حدث يومي، يصفها المفحوصون وفقا لبدائل أربعة تحدد كيفية تفكيرهم في كل حدث من هذه الأحداث). ويقدم هذا الاختبار دلائل تكشف عن التفكير المتعلق بالاكتئاب). وقد وجد أن هذا الاختبار يميز المرضي القلقين كلينيكيا عن المرضي المكتئبين كلينيكيا؛ ولكنه تنقصه الدراسات الكافية للتحقق من معالمه السيكومترية).

* مقياس الاتجاهات المختلة **Dysfunctional Attitude Scale (DAS)**:

من إعداد "وايسمان" (1979)). يعد هذا المقياس الأداة الرئيسة لتقدير الأسلوب المعرفي لدي المرضي في مراكز العلاج المعرفي للإكتئاب بالولايات المتحدة الأمريكية). يتألف هذا المقياس من أربعين بندا؛ ويطلب من المفحوص أن يعطي تقديرا لدرجة موافقته التي تتراوح بين بدائل سبعة تتدرج من "غير موافق تماما" إلي "موافق تماما"). ولهذا المقياس صورتان متوازيتان، وتتمتع كل منهما بدرجة عالية من الاتساق الداخلي). وتوجد علاقة ارتباطية عالية بين الصورتين حينما قدمتا للمفحوصين في موقفين تفصل بينهما فترة زمنية تبلغ ثمانية أسابيع).

* مقياس اليأس **opelessness Scale (HS)**:

من إعداد "بيك وزملائه" (1974، 199).)). وهو من مقاييس التقدير ، ويتألف من عشرين بندا). وقد صمم هذا المقياس للتنبؤ بسلوك الانتحار). وقد وجد "بيك" (199).) أن من بين عينة تبلغ حوالي ألفي شخصا من المرضي خارج المستشفيات **out - patients** ، تم تحديد سبعة عشر مريضا ممن حصلوا علي تسع درجات أو أكثر علي المقياس، قد أقدم جميعهم، عدا شخص واحد، علي الانتحار فيما بعد، حتي بعد عدة أشهر من الإجابة عن هذا المقياس). وقد كانت هذه الدراسة إعادة لدراسة سابقة أجريت علي مرضي داخل المستشفيات **in - patients** ؛ وكانت نتائج الدراستين متفقتين؛ وتظهر أن هذا المقياس

يصلح للتنبؤ بحالات الانتحار).

* استخبار أعراض المزاج والقلق **Mood and Anxiety Symptom Questionnaire (MASQ)**:

وهي من إعداد "واطسون وكلارك" (1995 أ ، ب)). وتمثل هذه الإستبانة واحدة من أبرز الأدوات التي تسعي إلي التمييز بين الاكتئاب والقلق). فمن الواضح، من الناحية الظاهرياتية، أن الاكتئاب والقلق يختلفان أحدهما عن الآخر؛ فالقلق يتمركز علي انفعال الخوف ويتضمن مشاعر الهم، وارتقاب الخطر أو الشر، والفزع؛ في حين أن الاكتئاب، عكس ذلك، يسود فيه إنفعال الحزن، ويكون مرتبطا بمشاعر الأسي، واليأس، والغم). ومع ذلك، فعلي الرغم من هذا الاختلاف الظاهر بينهما، فإنه قد تبين أنه من الصعب تمييز هذين المكونين من الناحية التجربية (الإمبيريقية)). فقد أظهرت دراسات كثيرة أن مقاييس التقرير الذاتي للقلق والاكتئاب ترتبط ببعضها ارتباطا عاليا سواء لدي عينات كلينيكية أو غير كلينيكية، حيث تتراوح معاملات الارتباط بينها من)..45 إلي)..75 كذلك فإن تقديرات الاختصاصيين الكلينيكيين والمعلمين للقلق والاكتئاب ترتبط ببعضها إرتباطا قويا). كما لوحظ وجود معالم مرضية متلازمة **comorbidity** بين اضطرابات المزاج واضطرابات القلق؛ الأمر الذي يفرض حاجة ملحة إلي البحث عن فئة تشخيصية جديدة يمكن علي أساسها التمييز بين القلق والاكتئاب). وفي هذا يقدم "واطسون وكلارك" وزملاؤهما (1995 أ ، ب) نموذجا ثلاثيا **Tripartite model** لهذه الفئة التشخيصية ، يمكن علي أساسه تقويم الصدق التقاربي **Convergent validity** والصدق التمييزي **Discriminant validity** لمقاييس أعراض القلق والاكتئاب، وبالتالي التحقق من قيمة هذا النموذج). فوفقا لهذا النموذج، يمكن تقسيم الأعراض إلي ثلاث مجموعات وهي : أعراض الضيق العام **General distress** التي تعتبر أعراضا غير نوعية بدرجة كبيرة، ومظاهر الاغتمام أو عدم الإنشراح **Anhedonia** والوجدان الإيجابي المنخفض **Low positive affect** مما يميز الإكتئاب، وأعراض التوتر الجسمي **Somatic tension** والاستثارة التي تعتبر نسبيا معالم فريدة للقلق). وقد خضع هذا النموذج للإختبار عن طريق عمل تحليلات عاملية منفصلة للتسعين بندا التي يتضمنها "استخبار أعراض القلق والاكتئاب" (**MASQ**) ، علي أساس بيانات مستمدة من خمس عينات من المفحوصين من الجنسين، تتضمن ثلاث عينات من طلاب جامعيين (ن = 516، 381، 522 مفحوصا علي التوالي)، وعينة من الراشدين (ن = 329)، وأخري من المرضي (ن = 47). مفحوصا) المترددين علي وحدة للقياس ببرنامج للعلاج من سوء استخدام العقاقير والمخدرات بالمركز الطبي للمحاربين القدامي بكليفلاند). ويظهر من نتائج هذه الدراسات أنه قد تم استخلاص العوامل الثلاثة نفسها (الضيق العام، والاغتمام مقابل الوجدان الإيجابي، والقلق الجسمي) من

البيانات الخاصة بكل عينة من هذه العينات الخمس، وأن هناك تقاربا بين هذه العينات المختلفة، وأن كلا من مقاييس الاستثارة القلقة **Anxious Arousal** والاكتئاب الاغتمامي **Anhedonic Depression** تميز بين القلق والاكتئاب، وأن التمييز بين تركيبة الأعراض في كل منهما يتأتي بالتركيز علي الأعراض التي تعتبر معالم فريدة نسبيا لكل من هذين الاضطرابين).